

の診療と年間 80 名強の在宅看取りをサポートしている。看護師は現在常勤 12 名、非常勤 7 名、ソーシャルワーカー 2 名の陣容である。

診療にあたっては、市内に在住し通院困難な在宅医療ニーズを有する患者からの依頼を拒むことなく受け入れている。そのため、対象はがんのみならず、神経難病、脳血管障害、整形外科疾患、認知症、精神疾患（統合失調症等）、内部障害（心不全、腎不全、肝硬変等）、若年障害者（交通外傷後、脳性麻痺、低酸素脳症等）、先天性疾患など多彩な患者を地域で支えている。

### 訪問看護が在宅ケアの根幹を支える

診療にあたっては、生活を見据えた医療・ケアを患者に一貫して提供すること、そして家族を丸ごと支えるという視点が不可欠だと考えている。複数医師による体制で診断や治療について支えるのは当然だが、訪問看護師こそ在宅ケアの根幹を支えると認識している。そのような考え方のもと、訪問看護師を中心とした多職種からなるチームが地域で協働するスタイルを追求している。

具体的には、24 時間の緊急訪問に取り組む訪問看護ステーションと密な連携を心がけている。当院と 5 名以上の患者について連携している市内 5 つの訪問看護ステーションとは月に一度合同カンファレンスを開催し、連携しているすべての患者について 1～2 時間の時間を費やし情報交換を行い、顔の見える関係作りを目指している。連携上のさらなる工夫として、院内にそれぞれの訪問看護ステーションを担当する常勤看護師を配置して、情報共有の窓口を担ってもらっている。一週間に一度定時連絡を行い、それぞれが訪問診療や訪問看護で得た情報を共有している。急性増悪や合併症併発時には、連日のように連絡を取り合うことによって、より信頼関係が深まっている。

### 緩和外来

進行がんの患者は当初から通院困難とは限らないため、予約制の緩和外来を構え通院可能な方には外来通院の形で対応している。東京都心の特定機能病院にかかりつけであった患者も少なくないため、導入当初は病院との併診の形で関わりを開始するとスムーズである。病状の進行や体力・ADLの低下にあわせて病院との役割分担の軽重を徐々に移行させ、さらに通院が困難になった時点で訪問診療に切り替える形をとっている。

### 在宅医が緩和ケアチーム回診に同行する試み

しかし、余命幾ばくもない時点となってから唐突に紹介されてくる患者も少なくない。せめてあと 1 か月前に紹介してもらえれば信頼関係を構築する時間を持ち、症状をもっとうまく緩和することができたかもしれないという場面にしばしば遭遇する。このことは紹介されてきた患者に良質な在宅医療を提供するだけでは解決不能な課題だと認識している。そこで、2007 年 3 月から市内のがん診療連携拠点病院である松戸市立病院の緩和ケアチーム回診に在宅医が同行する試みに取り組んでいる。回診に在宅の視点を注入し、退院前の早い時点から在宅療養についての具体的なアドバイスを提供し、そのノウハウを双方が蓄積することを目的としている。この試みを通じて、緩和ケアチームのメンバーは在宅への移行という視点を常に意識するようになった。そして、病棟の主

治医、看護師も「こんな患者は在宅では療養できないだろう」と思いこんでいた患者が、実際に退院し在宅での看取りを成就するという経験を経て、医学的管理の難易度ではなく、患者自身が「人生最後の時期をどこで療養したいと思っているのか」に着目するべきだという成功体験を重ねつつある。

### 地域の中で最後まで過ごせる居場所 “街角ホスピス”

当院は在宅医療を中心に実践し、年間 80 名強の在宅死を支えている。しかし、当院のかかりつけ患者であっても、およそ 30%は入院死亡の転帰をたどる。その入院理由について調査したところ、うち 30%は「家族介護の限界」、「独居」など病状以外の理由で在宅療養を断念していた。病状が不安定な状態で入居させてもらえる介護施設はまずないため、急性期病院への社会的入院を余儀なくされる。疼痛緩和の急性期治療はもちろんのこと、家族負担軽減のための短期入院を緩和ケア病棟に、デイホスピスとしての機能を療養通所介護に担ってもらうことは今後ますます重要となる。

上述の「家族介護が破綻した結果入院を余儀なくされた患者が 30%にもものぼった」という調査結果は示唆に富んでいる。つまり、介護を支える居宅サービスやがんを患っていても入居することができる介護施設を充実させることによって、在宅緩和ケアを大きく推進することができる可能性がある。実際に、当院では地域のグループホームや有料老人ホーム、いわゆるケア付き住宅、特別養護老人ホームなどでの看取りも多くの経験を重ねている。地域の中で最後まで過ごせる居場所の選択肢を増やす“街角ホスピス”と呼びうる実践が重要だと考えている。

## 2. 在宅でのがん症状コントロールのポイント

患者さんや家族が住み慣れた地域で安心して生活できるようにするためのサポートの要は、適切な症状コントロールである。特に、薬剤が内服できなくなった場合や症状の変化があらわれた場合の備えが十分でないと、患者さんや家族は必要のない不安や苦痛に苛まれ在宅で療養することを断念するケースが多い。したがって、在宅でのがん症状コントロールのポイントは、1) 内服できなくなった場合の症状コントロール、2) 症状が変化した際の症状コントロールのための備え（物品・薬剤や指示）がポイントとなる。その場合には、備えの内容をあらかじめ患者さんと家族に説明しておくことで安心して在宅で療養することが可能になる。また、在宅でのケアは、密室での医療になりやすいため、チームアプローチを基本とし、シンプルな指示や手技に努めることで初めて、「備えあれば憂いなし」(Hope for the best, Prepare for the Worst, and Do the Best)の安全・安心な在宅緩和ケアを提供することができることを忘れてはならない。

### 1) 内服できなくなった場合の症状コントロール

#### (1) 鎮痛

鎮痛剤を内服できなくなったとき、NSAIDsやアセトアミノフェンの投与経路の変更を忘れがちで中止してしまう場合がみられるが、状態悪化等で投与できない場合を除いて、アンヒバ座薬、ボルタレン座薬、ロピオン注を用いて継続すべきである（ステップⅢ章症状マネジメント参照）。

内服していたオピオイドを内服できなくなったときには、投与経路の変更を適切に行う（ステップⅣ章 緩和ケアのスキル参照）。在宅の場合には、時間的・空間的に薬剤や物品の準備に時間がかかるケースが多い。特に、院外調剤薬局との連携のあり方によっては、夜間・休日に薬剤が準備できない可能性もあり、そのような事態があらかじめ想定される場合には、緊急時の必要量は診療所内で準備しておく必要がある。緊急的にオピオイドの投与が必要な場合には、内服していたオピオイド量にあわせ、コデインリン酸塩錠、塩酸モルヒネ錠、MSコンチン錠、オキシコンチン錠の1回量を挿肛することで急場を凌ぐことが可能である（ステップⅣ章 緩和ケアのスキル参照）。

投与経路の変更を行う場合には、患者さんの状態やケア提供体制にあわせて、経直腸投与、経皮投与、持続皮下注（静注）から最も適切な投与経路を選択する。それぞれ、アンペック座薬、デュロテップパッチ、プレペノン注、モルヒネ注などを用いることになる（ステップⅣ章 緩和ケアのスキル参照）が、複雑な指示は家族が混乱する場合や、家族やスタッフによる誤投与を招く場合があるので、最もシンプルな投与方法になるように調整するか、スタッフ間での方針を決めておくことが良い。

#### (3) 鎮静

これまで内服していた睡眠導入剤が内服できなくなった場合には、在宅ではセニラン座薬やダイアップ座薬、ワコビタール座薬が簡便に使用できる（ステップⅢ章 症状マネジメント参照）。活動性せん妄が悪化するような場合で、内服できない時にはリスパダール液やジプレキサザイデリス錠の舌下投与が有用である。全身状態が

低下し内服ができない場合で、身の置き所のない苦痛や治療抵抗性の苦痛があると診断されるときは、在宅であっても、座薬や注射薬を用いた鎮静を行うことが可能である（ステップⅢ章 症状マネジメント参照）。在宅での鎮静を行う場合には、十分なインフォームドコンセントを行うとともに、ケアチーム内での話し合いや評価を行う必要があり、在宅ケアの場合でも学会ガイドラインに従うのが望ましい。

## 2) 症状が変化した際の症状コントロールのための備え（物品・薬剤や事前約束指示）

---

初診時や定期的な診察および多職種スタッフからのアセスメント報告に基づいて、病態を適切に把握し、今後起こりうる病状の変化を予測しておくことが重要である。鎮痛薬のレスキューと同じように、アセスメント（診断）に基づいた予測をもとに、あらかじめ物品や薬剤の手配を行い、事前約束指示（アルゴリズム）を準備しておく（内服できなくなった場合の投与経路の想定とその準備薬も含む）と、いざというときに慌てることなく、多職種スタッフと連携した適切かつスピーディーな処置を行うことが可能になる。

## 3) 在宅における持続皮下輸液の実際

---

持続皮下輸液は、在宅における脱水症の治療法としてその簡便性と安全性から大変有用で、静脈からの輸液が管理上困難な場合（ラインが取れない場合や自己抜去が想定され危険な場合）などが対象になる（ステップⅣ章 緩和ケアのスキル参照）。

### <工夫とポイント>

- ルートは小児用輸液セットの方が微調整しやすい。
- 刺入部は基本的に腹部など広い体表面に連続している部位を選ぶ。腹部を伸展できないような変形を有する場合などには、次善の策として大腿部が選択可能。
- 輸液製剤の選択については末梢輸液と同じ（生食、ブドウ糖液、1号液、3号液などが可能）だが、PMD Aにより安全性と有効性が承認されたものではないので、患者さんへの説明（同意）は必要である。（末期総合診療料を算定しない場合には、地域によって保険診療上、査定される場合もあるので注意が必要。）
- 適応の再確認  
皮下輸液が適応になる状態とは、
  - ・ ほぼ寝たきりであまり移動・移乗しない
  - ・ 独居や日中独居など、静脈内輸液の終了までを見守ることに困難を有するなどに該当する状態である。
- 在宅の場合、「実際には医学的な適応があまりないにもかかわらず患者や家族が輸液を希望する」という場

面にしばしば遭遇することになる。たとえば、医学的に輸液の適応はない場合や、すでに過度の輸液が患者さんに苦痛をもたらすと考えられる状態にもかかわらず、静脈内輸液を控えることを患者さんや家族が受け入れがたい場合など、明確な希望や方針を決定するためにもう少し考える時間が必要である場面である。

経口摂取ができなくなった場合に、皮下輸液を行うことで、繰り返し病態について説明し、患者さんや家族・親族が話し合いを重ねる時間を確保することも可能である。その間に浮腫や痰がらみなどの溢水症状が目立ってくるなどの徴候を目の当たりにすると、患者さんや家族から「輸液は手控えた方がいいのではないかという気がしてきた」と言われることを経験する場合もみられる。

したがって、医学的には、輸液本来の目的から考えると適応となる病態は限られているが、家族も含めた緩和ケアを実践する上で皮下輸液が役に立つ場面も多くみられる。

#### <参考文献>

Sasson M, Shvarzman P. Hypodermoclysis:

An Alternative Infusion Technique. Am Fam Physician 64(9):1875-8, 2001.

### 3. 多職種連携の考え方と実際

#### 1) 病院からの退院支援

##### 患者と医療者のずれ

医療制度改革の流れの中で、施設完結型から地域完結型の医療提供体制を確立することが求められている。高齢者が増加する中、病院での生活は生活機能の低下を招くばかりでなく、院内感染や慣れない環境での転倒・骨折などリスクを負うことになるため、できるだけ早く住み慣れた環境に戻り療養を継続することが望ましいと考える。そこで入院早期から退院後の生活の質を十分に検討しながら、退院の準備を進めることの必要性がますます高まっている。ここで簡単に退院調整の基本的な考え方とその方法について説明したい。

退院支援を始めるに当たってはまず、医療提供者と患者及び家族が同じ認識を持つことが重要である。患者は「病気が治ってから退院したい」とか「歩けるようになったら退院したい」願うであろう。それに対して医療者は、「完治はしないながらも自宅で治療を継続することができる」とか「退院後もリハビリテーションを続けることができる」と思っていることが多く、両者の退院に対する認識がはじめからずれていることがしばしばある。特に進行がん患者の場合、病状が重篤であることを知らされていないこともあり、退院のゴールに関するイメージが、患者、家族、医療者の間で全く異なっている場合もある。

##### 退院支援第1段階 カンファレンス<1>の目的

退院に対して共通した認識を持つためには、患者、家族、医療者が話し合いを持つことが必要なのはもちろんであるが、まず、医療者の間で可能となる選択肢について予め確認しておき、その上で、患者・家族と話し合いを持つことが重要である。退院後にも必要となる医療や介護については特に医療者間で共通の理解ができるような標準化が進んでいない領域であるため、在宅医療を経験した医療者や退院調整に慣れている医療者を含んだ医療チームでまずは退院に向けての大体のイメージを話し合うことが重要となる。

医療チームとして検討することは、治療に関する大まかな経過についての見通しを確認し、その見通しの中のどの時点で退院が可能であるかについて話し合うことである。この段階で必要なのは、家族介護者の状況など患者を取り巻く状況を検討するというよりも、投薬スケジュールやリハビリテーションの目標設定などについて、患者のQOLを重視した場合、どのような選択肢があり得るのかということを検討することが必要となる。例えば、胃瘻造設患者について、1日3回の栄養剤の注入が必須であるのか、回数を減らすことはできないかとか、経口摂取に向けたリハビリテーションプログラムをどの時点で開始し、それをどのように継続していくのか、それを提供していける地域の医療チームはあるのかといったことである。退院後にも必要となるこのような医療の提供方法については、できるだけ種類を少なくし、回数を少なくし、簡便な方法を選択することが基本となる。

## カンファレンス<1>と<2>をつなぐ退院支援

次に患者・家族を交えての話し合いをすることになるが、医師が患者・家族（時には家族だけ）を相手に病状説明をし、その場面に看護師が立ち会って記録をするといった病状説明の場面だけでは十分ではなく、患者及び家族が医師から説明を受けた内容をどのように理解をして、その上でどうしていきたいと考えるのかといった意思決定をしていくプロセスにも医療者として寄り添い支えていくことが必要である。主治医に対してなかなか質問ができないという患者・家族も多く、相手の理解度に応じた追加の説明を行うなど、より患者・家族の近い存在として時間をかけて支援することが、主として看護師や医療ソーシャルワーカーに求められる。がんを含め、その患者の病態について良く理解をし、療養の場に応じた医療の提供方法や介護サービスなどについて専門的な知識を持つ看護師や医療ソーシャルワーカーなどがこの役割を担うことで、さらに具体的な療養相談に乗ることができ、患者・家族の不安にこたえることが可能となる。

こうしたプロセスを経ながら、自宅に帰ることを患者・家族が考え始めるかどうかであるが、それは医療者の関わり方が関係していると考えている。進行がん患者が病院のベッドで過ごしながらか、なかなか改善しない自分の症状と向き合いながら、病室の天井をじっと見つめている状況を目にしている医療者は何を考えるであろうか。もしかしたら「この方、このまま何もしないうちに亡くなるのではないか。それでよいのだろうか。自分だったら嫌だな」と考える医療者がいるであろう。そうした気持ちを持てる医療者であれば、一步踏み込んだコミュニケーションを患者ととってみる努力をしてほしい。

コミュニケーションを図るきっかけを作ることは、そう難しいことではない。まずは30分くらいの時間があればよいと思うが、患者のベッドサイドに行き、できれば椅子などに座って「いかがですか」とたずねてほしい。「痛みは大丈夫」と患者は答えるかもしれない。こうしたとき「痛みではなくあなたの人生について伺いたいです」と踏み込むことはできないだろうか。「あなたがどのような人生を歩かれて、これからどうしていかようとしているのか、どうしていかたいのかについて伺いたい。その上で何かお役に立ちたいのだ」というメッセージを伝えてみてほしい。その時には話し出さない患者も、たびたび関わる事で話し出すだろう。なぜならその患者にとっての一番の関心事項であるからに他ならない。

医療者としてこのような患者の意志を確認する際に必要なのは、このような重篤な状況で自宅に退院するのは無理であろうと推測するのではなく、いくら重篤であろうと患者がどのように考えているのかということを経験者の言葉で表現できるように関わる事である。時には家族に遠慮をして患者本人が自分の意見を述べない場合もあるかもしれないが、遠慮をしていて良い状況なのか、家族の思いも聞きながら総合的な調整を行っていくことになる。調整には具体的な見通しを持ちながら患者・家族と関わる必要がある。施設への転院、自宅への退院などどのような選択をしようとも、具体的な情報を提供できる能力が医療者には求められる。具体的な情報とは、地域にある施設や在宅ケア事業所の事情、退院後の医療提供方法、費用のことなどを含んでいる。

## 具体的な退院調整

患者・家族の意思が固まったら、退院後の生活を見据えた具体的な調整作業に入る。調整の柱となるのは、医療の継続に関わるもの、介護の継続に関わるものの2つに分けると考えやすい。医療の継続については、退院後必要となる薬剤、医療機器を決定し、それらを継続していくために必要なシステムを整えることになる。例えば、疼痛管理のために持続皮下注射が必要となれば、麻薬の処方箋を扱うことのできる調剤薬局を選定すること、注入ポンプの機種を選定すること、そしてそれらを継続して利用していくための、処方箋を書く医師を決定し、その医師が継続的に患者の診療を行うための体制について調整することなどを含む。こうした医療の継続については前にも書いたが、できるだけシンプルな方法を選択することが重要である。

医療の継続に関わる調整として、訪問看護導入の必要性についてアセスメントをすることが重要な要素となる。訪問看護は各種カテーテルの管理や褥瘡処置を要する患者の場合、依頼されることが多いが、本来看護の役割として重要視されている予防機能に関しても訪問看護を活用する方向で導入の必要性を検討することが必要である。たとえば、歩いて外来に通院できる患者であっても訪問看護を必要とする患者がいる。

通院している進行がん患者も多いと思われるが、そうした場合、鎮痛薬を外来で処方される場合もあるだろう。確実に薬剤による効果や副作用をモニタリングしながら評価をしていくことが重要であると考えられる患者の場合、帰宅後のセルフケア能力が十分に備わっているかどうかという視点からのアセスメントをしっかりと行いうことが重要である。病院では「はいわかりました」と答えていた患者でも、実際には服薬をせず我慢していたといった事例もあるため、判断にまよう場合は、訪問看護の導入を検討すべきであろう。この時期から訪問看護を導入しておくことで、終末期が近づいたときにも在宅で医療を受けることに対する患者や家族の抵抗感が少なくなるのではないだろうか。また医療者にとっても自宅での生活を知ることで、終末期に向けたケアの方向性について、患者・家族と話しやすくなり、より充実したケアの実践に役立つものと考えられる。

介護の継続については、患者の身の回りのケアと家事が含まれる。身の回りのケアは食べること、排泄すること、身体の清潔に関することなどがあるが、排泄に関するケアの必要性を抱えている患者の場合、退院直後から失敗しないよう調整をしておくことが、その後の生活の継続において極めて重要となる。患者・家族に介護に関する指導を最低限の範囲で行うことはもちろんではあるが、病院内での指導には限界があるため、退院後できるだけ早く、できれば当日に訪問看護等のサービスを導入するよう調整することも重要である。このとき訪問看護ステーションでは、医療保険で訪問するケースについては退院当日の訪問看護料金を保険請求できないルールになっているので、注意を要する。

また介護に関連した家事については、一人暮らしや高齢者のみの世帯が増えている中で検討を要することが増えている。買い物、炊事、洗濯、掃除、ゴミ出し等が滞りなく継続できることを保証するための調整が必要となる。介護保険では訪問介護サービスとして家事についても生活援助として依頼することができる。

医療と介護の調整を退院調整の2本柱として位置づけ、それに関連して必要な物品を調達したり、その患者特有の在宅ケアネットワークを作り上げていく作業が退院調整の役割である。主として消耗品となる物品については、オムツからカテーテルまで幅広い種類の物がある。主治医の所属する医療機関が在宅医療指導管理料の範疇で患者に渡す物、患者が薬局等で自費購入する物に分け、滞りなく患者宅で活用できるように調整する。医療機



関が出すべき物品を患者に買わせることがないよう、きめ細かな調整を要する。在宅ケアネットワークに関しては、患者が退院後に必要とする、人、物、サービスの流れを一覧できるように整理することである。病院、診療所、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、薬局、ボランティア団体、役所、時には消防署等も含めたネットワークが出来上がってくる。

こうした退院調整は、医療機関の中のスタッフがリーダーシップを発揮して実践することが重要である。退院調整の実施は医療ソーシャルワーカーと考えている医療者も少なくないようであるが、前述したとおり、医療の内容から調整することが不可欠であるため、病院の医療スタッフ（医師と看護師）が患者の生活を見据えた医療の調整をすることが極めて重要となる。それと併せる形で、医療ソーシャルワーカーや介護保険を利用する場合には介護支援専門員（ケアマネジャー）と共に、介護サービスの検討や、必要物品の調達方法や生活費や医療費の確保といった手続きを進めていくことが望ましい。退院調整に必要なノウハウは多岐にわたりまた詳細であるため、退院調整看護師といったそれを専任で実践するスタッフを養成することも今後更に重要になってくるものと思われる。

### 退院調整に対する診療報酬の評価

これまで述べてきたように、病院、診療所、訪問看護ステーション等が協力し合って、患者の退院支援に当たることが必要であり、診療報酬もそれに対する評価をしてきている。その主な項目を示しておく。ここにあげた解説は、点数表の抜粋であり、請求可能な回数や条件等、詳細については原文を確認することをお勧めする。

#### <1> 患者が入院している医療機関で請求が可能な項目

- 退院前在宅療養指導管理料 120点 入院中の患者が在宅療養に備えて一時的に外泊するに当たり、当該在宅療養に関する指導管理を行った場合に算定する。(1泊2日でも算定可能)
- 退院前訪問指導料 410点 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の退院に先立って患家を訪問し、患者・家族等に退院後の療養指導を行った場合算定する。
- 退院時リハビリテーション指導料 300点 患者の退院時に患者・家族に対し、退院後の居宅における基本的動作能力若しくは応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るための訓練等について必要な指導を行った場合に算定する。(PT, OTに限らず、医師、看護職、社会福祉士、精神保健福祉士も算定可能)

#### <2> 地域連携クリニカルパスの実施に関する項目

- 地域連携診療計画管理料 1500点 対象疾患(2008年2月時点では大腿骨頸部骨折のみ)の患者に対し、地域連携診療計画に沿って治療を行うことについて患者の同意を得た上で転院時又は退院時に計画管理病院が算定する。
- 地域連携診療計画退院時指導料 1500点 地域連携診療計画の対象疾患の患者に対し、退院後の診療計画を作成し、説明し、それを文書で提供した場合算定する。

### ＜3＞入院先医療機関と診療所の共同に関する項目

- 地域連携退院時共同指導料1 1000点（在宅療養支援診療所の場合。それ以外では600点） 入院中の患者について、地域において退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が、入院中の医療機関に赴いて、退院後の居宅における療養上必要な説明及び指導を、入院先の保険医、看護師等又は連携する訪問看護ステーションの看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合、それぞれの保健医療機関において算定する。
- 地域連携退院時共同指導料2 500点（在宅療養支援診療所の場合。それ以外では300点） 入院中の保険医療機関の医師、看護師等が、患者の退院後の居宅における療養上必要な説明及び指導を、地域の保険医と共同して行った上で文書により情報提供した場合、患者が入院している医療機関において算定する。  
※平成20年4月より、退院時共同指導料と改正される予定。

### ＜4＞訪問看護ステーションが退院調整に関わった場合の評価

- 地域連携退院時共同指導加算 6000円（在宅療養支援診療所の医師と連携し、共同して退院前訪問をした場合。それ以外は4200円） 指定訪問看護を受けようとする者が、保険医療機関等又は介護老人保健施設に入院あるいは入所している場合、訪問看護ステーションの看護師等が、主治医又はその所属する保険医療機関等若しくは介護老人保健施設の職員とともに、居宅における療養上必要な指導を行った場合、月の初回の訪問看護管理療養費に加算する。  
※平成20年4月より、退院時共同指導加算として連携した相手に関わらず、6,000円に統一される予定。

## 2) 病院との連携

---

### 事例1：がん診療連携拠点病院の緩和ケアカンファレンスに診療所医師が参加

2007年春より、長崎在宅Dr.ネットメンバーのなかで世話人の医師とその診療所勤務の看護師が長崎大学緩和ケアカンファレンスに定期的に参加するようになった。きっかけは、メンバーのひとりの医師が自発的にカンファレンスに参加し在宅移行の実績を上げていたからであった。これにより、

1. 診療所医師は、最新の緩和医療の知見をわかりやすく解説するミニレクチャー、症例提示から多くを学ぶことができた。
2. 大学スタッフも、診療所医師からの発言で、在宅の視点を得ることが可能となり、在宅移行につながるケースが出てきた。

緩和ケアカンファレンスなどへの出席は、病診連携の重要なステップになりうる。

### 事例2：病院看護師、MSWに訪問看護体験をしてもらう

長崎市医師会では、病院から在宅に移行するにあたり、看看連携（院内で働く看護師と地域で働く看護師の連携）

は重要であり、訪問看護の啓発不足が連携の進みにくい誘因の一つであると指摘してきた。改善の取り組みとして病院看護師らを対象にアンケート調査及び訪問看護体験を企画した。その結果、病院看護師とMSWは、訪問看護体験を通して、看看連携の必要性を理解し、継続看護への意識を高めるのにことができた。(短い在院日数では在宅療養をイメージした退院支援は難しい →その解決には、在宅看護を知る訪問看護師との連携を早期に開始し、効率のいい退院支援へ)。

### 3) 診療所同士の連携

---

#### 連携の組み方

Dr. ネットでの連携の基本は、主治医、副主治医の2名による少数グループ制である。これに、事務局経由で病院から在宅移行症例の主治医を斡旋する機能を持ち、その際、メンバーリストを有効に活用している、という特徴がある。

診療所同士の連携を構築しようとする際、まずは、少数グループ制をとる、または、地域全体で当番制をしく(医師会主導など)などから始めるべきであろう。少数グループ制が発展できるようであったら、以下の、長崎在宅Dr. ネットの事例を参考にされたい。

#### 長崎における医療連携

2003年3月、病診連携、診診連携を推進する組織として「長崎在宅Dr. (ドクター) ネット」が発足した。在宅療養を希望する入院患者さんの主治医が見つからない場合に、事務局が窓口となり病院側・患者さんにメンバーのなかから在宅主治医、副主治医を紹介する。具体的には、個人情報 considering 疾患、居住地等の情報をメンバーリストでメンバーに周知し、手上げ方式で主治医、副主治医を決定する(図1)。退院前には、病院と在宅スタッフ合同でカンファランスを行いスムーズに在宅へ移行している。最大の特徴は、ひとりの在宅患者さんに対して、主治医と副主治医の複数の担当医師を決めることである。あらかじめ、副主治医は主治医より診療情報を提供され、万が一の支援に備える(日常診療のなかで、副主治医が往診・訪問診療することはない。あくまで主治医不在の際のバックアップであるので、副主治医になることで負担を感じることは少なく、また副主治医のなり手に困ることもない)。主治医が学会や旅行で不在の際に、必要があれば、副主治医が往診にかけつけることができる。在宅療養支援診療所の要件である24時間対応の実現はもとより、主治医・副主治医で異なる専門分野をカバーできる利点もある。退院前には、できるだけ病院・在宅スタッフ合同でカンファランスを行いスムーズに在宅へ移行している。Dr. ネットには、皮膚科、眼科、精神科、形成外科、脳外科など専門性の高い診療科の医師も「協力医」として参加し、医学的助言や必要に応じて往診を行う。さらに、市内病院の医師も参加し、在宅へ移行する症例の紹介や医学的助言を行っている。2008年1月現在、計128名の医師が参加している。アンケート調査を行ったところ、副主治医の存在が、在宅医療で重症をかかえる際に避けがたい肉体的・精神的な重圧の軽減に大きな効果がある等の利点が明らかとなった。

メンバー外のケアマネジャー・ヘルパー・管理栄養士・訪問看護師・歯科医師など多職種との連携も、有機的に展開している（図2）。

2006年11月迄に、115例の患者さんに在宅主治医の斡旋を行った。追跡調査できた107例中71例が死亡していたが、在宅死は26例で全死亡の37%であった。がん緩和ケアのあるべき姿は、在宅ケア、ホスピス・緩和ケア病棟、病院の三者が連携を行い、患者さんが望む最適の場所でケアを受けその移行が円滑であること。長崎市では、在宅ケアのなかでの連携が有機的に成功し、かつ、病院やホスピス・緩和ケア病棟から在宅への移行もスムーズだ。このような連携は、がんに限定せず地域全体に広がりつつある。

### ネットワーク構築のカギ

2008年の3月で、Dr. ネットの結成から5年が経過することになる。今までに前例の無い近隣の開業医同士の連携である。結成初期の段階で、まず、患者さんの取り合いにならぬように、参加するメンバー間で覚書を取り交わした。すなわち、副主治医として一時的に診察した患者は、必ず従来の主治医に戻すことを明文化した。これが奏功したのか、これまでに患者さんの取り合いにつながるようなトラブルは起こっていない。結成初期には、メーリングリスト上で、病院から紹介された症例の主治医決めのみならず、さまざまな医療相談のメール、雑談的な楽しいメール、読むだけで役に立つメールなど、さまざまなメールを織り交ぜて、文字通り医局での会話のような雰囲気作りに務めた。現在は、多くのメンバーが自然に情報発信するようになり、活発な意見交換が行われている。また初期の一年間は、事務局を務める筆者が症例の主治医斡旋まで行っていたが、2004年春からは、地区別に決めた5人のコーディネータが主治医決めに尽力してくれて、事務局の負担の分散が実現した。さらに、組織のまとめ役としての世話人会が11人で組織され、皆で相談しながら組織を運用してきた。世話人会での和気藹々とした雰囲気の中での互助的運用が、Dr. ネット全体の雰囲気に波及して、順調に運営することができた。他地区で新たに組織を立ち上げようとする場合の秘訣は、やはり、コアとなる仲間作りに尽きるであろう。長崎市近郊での我々の連携の実践を参考として、長崎県では大村市、諫早市、他県では京都市、熊本市でも同様のネットワークが構築された。今後の発展を大いに期待したい。

### <参考文献>

- 1) 白髭豊、藤井卓：長崎在宅Dr. ネットによる地域医療連携。  
日本医事新報 4224：29～32、2005年4月9日号
- 2) 藤井卓、白髭豊：長崎在宅Dr. (ドクター) ネットにおける病診連携・在宅医療の実践。  
長崎県医師会報 726：19-21、2006年7月号

平成19年度厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）

「在宅医の早期参加による在宅緩和医療推進に関する研究」

分担研究報告書

十和田地域における地域緩和ケア支援ネットワーク構築に向けて

分担研究者 蘆野吉和 十和田市立中央病院 病院長

研究要旨：在宅ホスピスケアを普及するためには、急性期対応病院、診療所、訪問看護ステーション、保険薬局などの医療支援チームと、介護福祉サービス機関、行政、地域住民などの生活支援チームの密接な連携が必要不可欠であり、これらを含めたネットワークをそれぞれの地域の事情にあわせて構築することが理想的である。そして、この地域緩和ケアネットワークが円滑に稼働するためには在宅医の参入とともに、がん治療医から在宅医への早期の紹介が必要で、がん医療を担う急性期病院に勤務するがん治療医への緩和ケア教育とともに病院の緩和ケア提供体制の確立も大きな課題である。一方、かかりつけ医が在宅医療を行っていない地域においては、かかりつけ医を中心とする地域緩和ケアネットワークの立ち上げは非常に難しく、かかりつけ医を在宅医療に参入させるためには何らかの工夫が必要と思われる。

そこで、今回、従来から緩和ケアや在宅医療の基盤の全くない地域として十和田市を中心とする圏域をモデルとする地域緩和ケアネットワーク構築のアクションプランを作成し、そのプランに基づいて2006年2月から様々な活動を行ってきた。第一段階は病院職員に対する緩和ケアの啓発と緩和ケアチームの結成と育成、第二段階は2007年6月から緩和ケアチームの活動強化と緩和ケアの地域への拡大（在宅ホスピスケアの実施）、第三段階および第四段階は2007年10月より地域医療従事者（訪問看護ステーション看護師、保険薬局）および介護従事者（ケアマネージャー）との連携、第五段階は地域住民に対する啓発活動としての市民講演会の開催などを積極的に企画し実行した。この結果、在宅ホスピスケアに移行する患者が多くなり在宅死も増えつつある。来年度は訪問看護ステーション看護師と保険薬局およびケアマネージャーの緩和ケアの質の向上を引き続きめざし、また、教育の中核となる緩和ケア病棟を開設（2008年度に病棟改築の予定）し、最終的には十和田市内のかかりつけ医の参入を目指す計画となっている。なお、近郊の在宅医との連携は少しづつ行われるようになっている。

#### A:研究目的

筆者はこれまで、約20年間にわたりがん終末期の在宅医療を実践し、また、一般病棟で外科的治療を含めたがん治療と同時に緩和医療を提供してきた。その経験から、進行したがん患者と家族が自宅で最期まで安心して暮らすためには、地域の医療従事者の医療支援が必要不可欠であり、また、同時に患者および家族に対する地域の介護福祉従事者の生活支援も必要であることを深く感じてきた。そして、このような、医療支援と生活支援を担当する職種あるいは機関の連携システムを“地域緩和ケア支援ネットワーク”と命名し、その構築を各地域で進めることを提言してきた。

この地域緩和ケア支援ネットワークをどのように構築するのか、どのような体制を構築するの

かは、地域の医療資源の状況、介護資源の状況によって違うはずであり、様々なプログラムが提唱され、それらのプログラムの中から、それぞれの地域にあった体制を選択できるようにすることが必要と考える。

そこで、今回、緩和ケアも在宅医療も普及していない地域であり、また、開業医があまり在宅医療に取り組んでいない地域でもある青森県十和田市とその周辺市町村（以下十和田地域と略す）をモデル地区とし、この地区における地域緩和ケア支援ネットワーク構築のためのアクションプランを策定し、その実現に向けて様々な試行を行った。

#### B.研究方法

##### 1) 研究対象地域の特徴

今回モデル地区と定めた十和田地域は、青森県の二次医療圏である上十三医療圏に属し、十和田

市とその近傍の町村（六戸町、七戸町、東北町の一部）からなる地域である。地域の面積は比較的広大で、その中核病院となる十和田市立中央病院から最西端は十和田市の十和田湖で距離にして約40km、最南端は15km、最北端は30km、最東端は15kmである。これらの市町村の推定人口は2008年2月1日現在、十和田市66,774人、六戸町10,231人、七戸町17,867人、東北町19,441人となっている。

道路は比較的整備されているが、冬期間の風雪は激しいため、訪問診療特に夜間の緊急訪問などにおける交通の確保が時に問題となる。

十和田市の医療機関は、診療所40施設、病院4施設（うち精神科病院2施設）でがんを扱う病院は十和田市立中央病院のみであり、診療所のうち在宅療養支援診療所は2施設で、訪問診療を行っている診療所は4～5施設である。

なお、圏域内の訪問看護ステーションは十和田市6施設、東北町1施設のうち4箇所が24時間対応である。

各市町村における年間死亡者数およびがん死亡者は2005年の人口統計では、十和田市665名、180名、六戸町112名、31名、七戸町238名、54名、東北町263名、66名である。十和田市における死亡者数の年次的推移を見ると、年々増加傾向にあり、特に悪性新生物と心疾患の増加が著明である。

一方、十和田市の2005年の在宅死は全体で604名中31名(5.1%)、がんでは159名中4名(2.5%)にすぎない。2002年から2005年までの年次的推移を見ても139名中6名(4.3%)、126名中3名(2.3%)、157名中2名(1.3%)、159名中4名(2.5%)であり、がん患者のほとんどが病院で亡くなっていた。

## 2) 圏域内における緩和ケア提供体制の状況

圏域内における緩和ケア提供体制は2006年2月に十和田市立中央病院に緩和ケアチームが設立されるまで皆無であり、病院では非がん疾患の在宅医療は行われていたが、がん疾患の在宅医療は行われていなかった。

## 3) 地域緩和ケア支援ネットワーク構築のためのアクションプラン

以上の圏域内での状況を踏まえて以下のアクションプランが組み立てられた。このアクションプランは、最終的には在宅医が早期に在宅ホスピスケアにかかわり、また、在宅医を中心とする地域緩和ケア支援ネットワークの構築を目指すものであるが、緩和ケアの実践経験のない医師を参入させるためには、在宅ホスピスケアの主体となるべき訪問看護師およびケアマネージャーの育成が必要不可欠であることより、優先順位を意図的に変えたものである。

### 第一段階 病院における緩和ケア提供体制の構築

#### 1-1 病院全職員に対する緩和医療の啓発 緩和ケアセミナーの開催

#### 1-2 緩和ケアチームの結成と育成

### 第二段階 病院における緩和ケア提供体制の強化

#### 2-1 緩和ケアチームの積極的介入

#### 2-2 在宅ホスピスケアの実践

### 第三段階 地域医療連携の構築 (1)

#### 3-1 訪問看護ステーションとの連携

#### 3-2 保険薬局との連携

#### 3-3 在宅医療を行っている診療所との連携

### 第四段階 介護福祉サービスとの連携

#### 4-1 ケアマネージャーとの連携

#### ケアカンファレンスの開催

### 第五段階 地域住民の意識改革

#### 5-1 市民講演会の開催

#### 5-2 ホスピスボランティアの育成

### 第六段階 病院における緩和ケア提供体制の充実

#### 6-1 地域緩和ケア支援センターの設立

#### 4-2 緩和ケア病棟の開設

### 第七段階 地域医療連携の構築 (2)

#### 7-1 訪問診療を行っていない診療所との連携

#### 7-2 在宅療養支援診療所への支援

#### 7-3 地域緩和ケア支援ネットワーク会議の

## 設立

以上のアクションプランの第一段階は 2006 年 2 月から実行に移され、病院内に院長直属の緩和ケアチームが組織され、同時に緩和ケアセミナーが病院全職員を対象に月 1 回開催され、また、訪問看護師および診療所医師などの医療従事者を対象としたセミナーも年 3 回開催された。今回の班研究はアクションプランの第二段階以降への取り組みにあたり、緩和ケアチームの病院内での積極的介入および地域における在宅ホスピスケアの実践が 2007 年 6 月より開始された。

## C. 研究結果

### 1) アクションプランの実施状況

2007 年 6 月から取り組まれた第二段階のアクションプランに沿って病院内での緩和ケアチームの本格的な介入が開始された。具体的には、入院中のがん患者で症状緩和が不十分な患者に対し、緩和ケア専従看護師あるいは緩和ケア専任医師がコンサルテーションを行う形、緩和ケア専任医師が処方権を得て治療を行う形、および緩和ケア専任医師が主治医となり緩和ケアチームが全面的に介入する形をとるものである。結果的には全面介入の患者が多くなり、在宅ホスピスケアの情報をも早く提示することが可能となったために、在宅移行への道が開かれるようになった。また、同時に開設した緩和ケア外来に、在宅医療を希望する患者やその家族が紹介されるようになった。

病院としての在宅ホスピスケアが開始されたのは 2006 年 4 月であるが、症例が増えたのは 2007 年 6 月以降であり、常に 10 名程度の症例を抱えている状態が続いている (図 1)。

アクションプランの第三段階「地域医療連携の構築」第四段階「介護福祉サービスとの連携」は病院の訪問看護師が在宅ホスピスケアに慣れた時点、2007 年 10 月頃から実行に移された。具体的には、24 時間対応の訪問看護ステーション、ケアマネージャー、保険薬局との連携で、訪問医療は緩和ケア専任医師が担当した。入院患者の場合には在宅医療移行直前に、緩和ケアチーム専従看護師、担当看護師、緩和ケア専任医師、訪問看護

師、保険薬局薬剤師、ケアマネージャー、および本人（動ける状態である場合）と家族のケアカンファレンスを開催し、外来から在宅ホスピスケアに移行する場合には可能な限り、現地（自宅）でケアカンファレンスを開催した。このケアカンファレンスは地域の訪問看護師、ケアマネージャー、薬剤師の在宅ホスピスケアに対する興味を鼓舞し、月 1 回の緩和ケアセミナーにも積極的に参加するようになった。

なお、結果的に在宅死が増え、月によっては病院死を上回るようになっている (図 2)

また、最終目標である診療所との連携では、十和田市内においては現状では可能性は少ないものの、十和田市近郊の診療所は比較的昔から在宅医療を行っており、その可能性を模索している。これまでの症例では、5 症例で連携ができており、うち 2 例が自宅で亡くなり、依頼した診療所の医師が死亡確認を行っている。

アクションプランの第五段階「地域住民の意識改革」は今年 10 月 7 日に映画「終わりよければすべてよし」上映会、12 月 11 日に高齢者向けの市民大学講座での講演「緩和ケアとは」、3 月 22 日に在宅ホスピスケア市民講演会などを開催した。

以上で今年度達成できたアクションプランは第五段階までであったが、来年度は引き続き残りのアクションプランの実現に向けて活動する予定である。

## D. 考察

### 1. 地域緩和ケアネットワークとは

地域緩和ケアネットワークシステムは医療支援システムと生活支援システムで構成される地域社会の互助的なシステムであり、病院医療の延長ではない。二つの構成要素のうち医療支援システムは、その言葉どおりの医療的側面での支援を行なうシステムであり、具体的には、がんの進行に伴う身体的および精神的苦痛に対する症状緩和治療の実施、医療的処置の実施とその指導、現在の病状や今後の病状の見通しに対する説明、療養上の生活指導などがその内容であり、基本的に

は定期的な訪問診療および訪問看護と 24 時間 365 日の連絡応需体制、そして、病状に応じた緊急訪問体制および緊急入院が保障されているシステムである。このシステムに関与する職種は、医師、看護師、薬剤師、ケースワーカー、理学療法士、栄養士などであり、関係する機関や団体は、急性期対応病院、診療所（在宅療養支援診療所などを含む）、訪問看護ステーション、保険薬局などである。一方、もう一つの構成要素である生活支援システムは、介護者の生活を含めて支援するシステムで、具体的には、介護用具や介護機器の提供、ホームヘルプサービス、入浴サービス、臨終期の看取りの指導や死亡後の家族のグリーフケアなどがある。このシステムに関与する職種や機関および団体は、ケアマネージャー、ホームヘルパー、地域ホスピスボランティア、民間の介護あるいは福祉施設、保健師および保健福祉介護に関係する行政機関などである。

これらの二つシステムそれぞれにおいて、密接な連携のもとに、必要な援助を迅速に提供できる体制が必要であり、医療支援システムがしっかりしていることが基本となるが、その基本が保障されていれば、最終的に重要なのが生活支援システムである。核家族化や共働きなどにより家族の介護力の低下が現実にある以上、家族が介護に一部参加しながらも、できるだけ日常生活を維持できるような地域の支援体制が今後必要不可欠であり、また、生活支援システムの旗とり役であるケアマネージャーが看取りを念頭においたケアプランを作成できるようにすることも重要な点である。

## 2. 地域緩和ケアネットワーク構築のためのアクションプラン

この地域緩和ケアネットワークシステムが機能するためには、在宅医が参加していることが必要不可欠であり、ケアを提供する主体は訪問看護師およびケアマネージャーであることは確かであるものの、在宅医がこれらの職種を十分にサポートすることでネットワークが機能することも事実である。そして、患者や家族を含めて、ネッ

トワークにかかわる職種間のコミュニケーションが充分にとれていることも在宅ホスピスケアを円滑に運用するために必要な条件で、病状が悪化しない前に在宅医への紹介が行われることが望ましい。

したがって、在宅医を早期に在宅ホスピスケアに参入させるためには、急性期対応病院における在宅ホスピスケアを念頭においた緩和ケア提供体制の確立と充実がまず重要な課題である。次に重要な課題は、地域における緩和ケア提供体制の整備であり、医療支援チームの中核をなす訪問看護ステーションの看護師と在宅医の教育が必要になる。しかし、在宅医は多忙であることと、実際の活動にあたっては、訪問看護師が主体的な役割を果たしていることより、訪問看護師への教育が緊急の課題である。この教育をどのように行うかすでに試行錯誤が行われているが、当地域では実践を通して学んでもらう戦略を選んだ。

同時に生活支援チームの育成を図るため、ケアマネージャーの積極的な参入をはかることが必要で、その戦略としてケアカンファレンスの開催は非常に有用性が高い。一同が会して顔の見える関係性をもつこと、医療的問題と介護にかかわる問題について共通理解をもつこと、また、看取りを自宅で行う意志をお互いに確認することでケアマネージャーの意識が高められることは事実である。また、ケアマネージャーをケアカンファレンスに参画させるためには、介護保険の申請と審査を迅速に行う必要があり、実際には病院内の地域連携室や必要に応じて MSW が迅速に行政に働きかけ、また行政が積極的に協力することで初めてケアカンファレンスが可能となっていることは、病院における地域連携室の役割の重要性と行政との連携の必要性をあらわしている。

## 3. 今後の課題

### 1) 急性期対応病院（十和田市立中央病院）の課題

十和田市立中央病院に緩和ケアチームが結成されたのが 2006 年 2 月で約 2 年が経つ。これまで緩和ケアチームがコンサルトだけではなく、緩



和ケア科として病床をもち、また、専門外来（緩和ケア外来）も開設し、主に紹介された患者について介入を行なってきた。さらに、2007年7月より、積極的な介入を開始し、緩和ケアの必要な患者はすべて何らかの形で緩和ケアチームの介入が行えるよう全診療科に要請を出した。この結果、介入する患者数は増え、日常的に入院10名程度、外来15名程度となり、その結果在宅ホスピスケアを希望する症例が多くなりつつある。しかし、相変わらず、他診療科で入院している緩和ケア対象患者はほとんど病院で亡くなっており、担当する医師によって在宅ホスピスケアについての情報が提供されずにそのまま自宅に戻れなくなっていることは事実である。

この解決策として、がん治療初期からの包括的がん医療を調整する外来として、緩和ケア外来に併設してがん総合診療外来を新設したところ、比較的利用者が増え、特に他の圏域の病院で治療している十和田市民が利用し始め、その自然的な流れ出在宅ホスピスケアが開始される患者も増えつつある。したがって、病院としての今後の課題としては、これまでの緩和ケア提供体制の更なる強化（特に病棟看護師に対する緩和ケアの教育）と地域住民ががん総合診療外来を利用してくれるよう情報を発信することであると考えている。

## 2) 診療所（在宅療養支援診療所を含む）の課題

長期にわたり、病院完結型の地域医療が行なわれ、特にがん疾患では入院した時点で自宅に戻れる可能性がなかった（在宅ホスピスケアという選択肢が提示されない、症状緩和治療が有効に行なわれていない）ために、これまでがん終末期の在宅医療を経験している診療所は非常に少ないものと予測される。十和田市健康推進課で作成された資料によると、がん終末期患者の自宅での看取りにかかわった医療機関は3～4施設のみ、また、在宅療養支援診療所の届け出も十和田地域では2施設のみである。したがって、今後、現状を調査した上でどのような連携が可能かどうか模索し、在宅ホスピスケア概念を理解してもらうこと、診診連携を基本とした在宅療養支援診療所を

増やすこと、在宅ホスピスケアでの症状緩和治療の知識や技能を普及させること、そして、熟練した訪問看護ステーションと連携することでその負担を軽減すること、などが課題と思われる。

## 3) 訪問看護ステーションの課題

訪問看護ステーションは地域緩和ケアネットワークにおいて医療支援の中心的な役割をもち、在宅ホスピスケアに関わる看護師が在宅ホスピスケアの知識と技術を持っていることが在宅ホスピスケア普及の鍵である。圏域内のすべての訪問看護ステーションが対応できるよう整備する必要はないが、少なくとも24時間体制をとっている2～3施設が可動できる体制が望ましい。しかし、これまでの訪問看護の対象者のほとんどが介護支援を中心とした訪問看護であったため、高度な医療支援が必要となる在宅ホスピスケアでは、訪問看護師への教育がもっとも重要な課題である。この課題の解決策として、圏域内で頻回に緩和ケアセミナーを開催するとともに、実地教育をかねて、敢えて病院の緩和ケアチームの担当医と訪問看護ステーションとの連携を行っている。当初は、病状の把握と連絡が不十分であると感じたが、症例を重ねるごとに改善されてきている。訪問看護ステーションの看護師が在宅ホスピスケアに熟練してくれば、地域の在宅医との連携がしやすくなるものと期待している。

## 4) 保険薬局の課題

保険薬局との連携も今回積極的に行ったが、薬剤の配送や服薬指導、特に医療用麻薬の服薬指導においては重要な役割を果たしたものと考えている。今後は簡易型携帯用ポンプを利用した注射薬の無菌調剤や輸液製剤の配送など重要な役割が期待されている。

## 5) 福祉介護機関の課題

適切な医療支援が提供されている場合に最も重要なのが、患者本人と家族に対する生活支援である。生活支援の内容は、適切な福祉介護サービスの提供と家族の日常生活の支援。「適切な福祉介護サービスの提供」における課題は、「適切な」という言葉の意味が、「病状の急激な悪化を念

頭におき、それに迅速に対応できる」という内容であることであり、これまでの介護認定の手順では適切な福祉サービスは提供してもらえないのが現状であった。例えば、まだ歩けるうち在宅ホスピスケアに移行し介護認定を受けると要支援にも相当しないと判断されてしまい、その後、病状が急に変化し実際に福祉サービスが必要になった時点で再認定を行なっても支援が間に合わない状況が少なくない。このため、がん終末期の患者においては介護認定の手順の見直しが必要である。また、日常生活の支援において、特に重要となるのが、臨終期の支援であり、生活支援の中心的な役割を果たすべきケアマネージャーが、この時期の対応になれていないと自宅での看取りが不可能となる場合も少なくない。日本の国民の多くが、自宅での看取り経験がない状況になっている今日、ケアマネージャーに対する看取りの教育も課題の一つであり。また、今後、自宅だけでなく居宅も“終の棲家”として重要視されており、特別養護老人ホーム、ケアハウス、グループホーム、有料老人ホーム、そして最近増えている高齢者賃貸住宅などでの緩和ケアの提供体制の整備と看取りも大きな課題となり、関係する職員の意識の変革と教育が必要となる。

#### 6) 地域住民の課題

できれば自宅で最期まで家族と一緒に暮らしたいとの希望がある一方で、「家族には迷惑をかけたくない」「日中面倒を見る人がいない」「病状が急変した時の対応が不安」という理由で、「病院にあずけておけば大丈夫」と病院に入院させ、すべてを医療者に任せることに違和感を感じる人が非常に少ないのが現状である。この状況には特に地域性はないが、大きな産業のない十和田市の場合では高齢者の核家族化、共働きなどによる介護力の低下が著しく、また、住宅事情（冬寒い）もあり、自宅に戻ることを希望しない患者や家族が少なくない。さらに、経済的な困窮者も少なくない、医療費が払えない可能性のある人もいる。

動けなくなったら病院がすべて面倒を看てく

れるものと考えている地域住民の意識を変えることは最も大きな課題である。また、介護者がいない患者や介護力がない家族をどう支えるかなど課題は尽きない。

#### F. 健康危険情報

特になし

#### G. 研究発表

蘆野吉和 がんの継続医療 病院から在宅へ一ギアチェンジではなく継続医療としての緩和ケアー 癌と化学療法 34 (Suppl II) : 175-178,2007

蘆野吉和 城谷典保 福田能啓 がん患者の継続医療一病院から地域へ一癌と化学療法 34 (Suppl II) : 155-164,2007

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

図2 緩和ケア実施患者(病院死/在宅死)

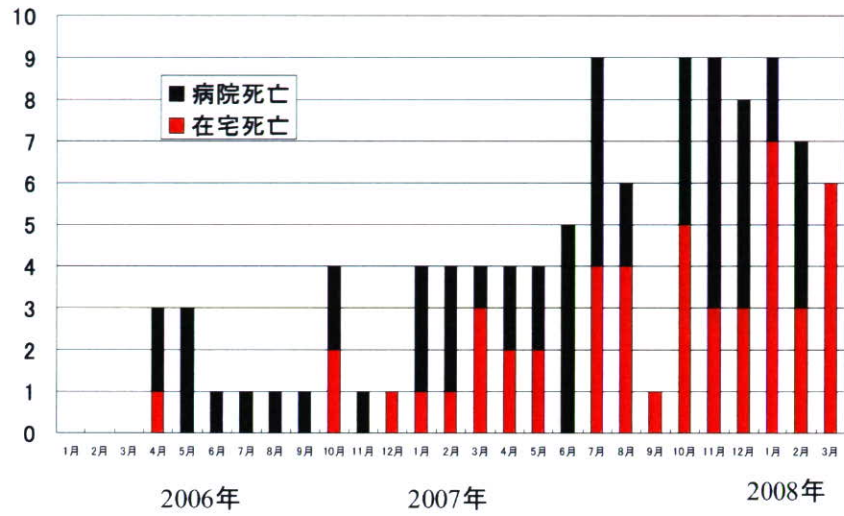
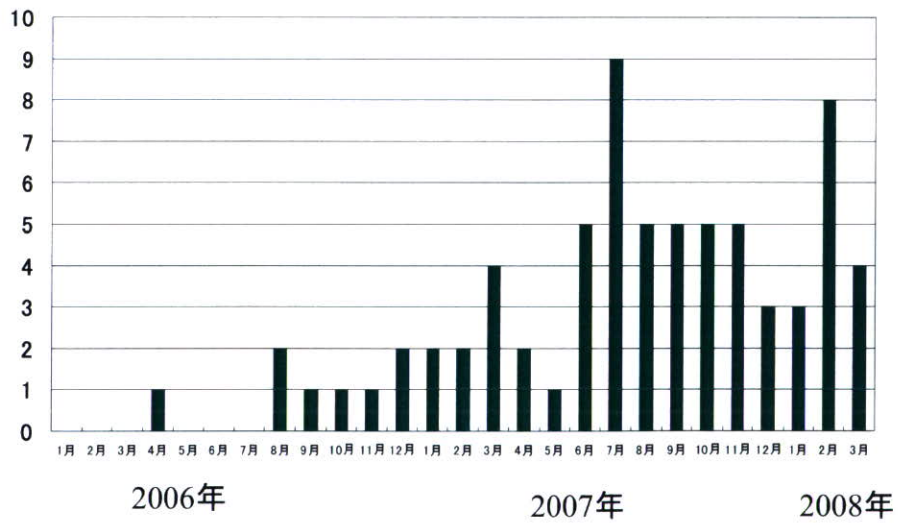


図1 在宅ホスピスケア開始例



分担研究報告書

在宅医の早期参加による在宅緩和医療推進に関する研究

分担研究者 川越正平 医療法人財団 千葉健愛会 あおぞら診療所  
研究協力者 曾川陽子 医療法人財団 千葉健愛会 あおぞら診療所  
研究協力者 岩井直路 国保 松戸市立病院 緩和ケア支援チーム

研究要旨

疾病構造の変化、人口高齢化や医療費高騰などの社会問題を背景に在宅医療の推進が近年重要視されている。臨床現場では終末期医療における患者の尊厳を尊重する立場から、積極的な在宅緩和医療導入の事例も報告されるようになった一方、実際には在宅医療を導入する際に、患者を支える医療関係者のネットワークの構築やその継続に難渋する事例も少なくない。そこで我々は在宅医の早期参加による在宅緩和医療推進のひとつの試みとして、2007年3月から当地のがん診療連携拠点病院である松戸市立病院緩和ケア支援チーム回診への同行を開始した。今年度は早期介入の試みとしてパイロット研究を行ったところ実際に連携するに至った症例は8例であった。医学的管理の難易度や病態の重篤さに関わらず、在宅療養の希望、十分な情報、遅すぎないタイミングでの紹介と在宅療養への移行、病院との連携が満足度の高い在宅医療に不可欠であった。病院主治医と地域の在宅医とが情報を共有し、併診できるシステムや環境づくりが今後必要と考えられた。

A. 研究目的

回診に在宅の視点を注入し、退院前の早い時点で在宅医療についての具体的なアドバイスを提供することで在宅療養に必要な環境づくりを支援し、在宅へ移行する患者さんに切れ目のない医療を提供するノウハウを蓄積することを目的とした。

B. 研究方法

2007年3月-2008年2月まで計1年間、週1回行われている松戸市立病院の緩和ケア支援チーム回診（以下回診）に在宅医が同行した。

松戸市立病院緩和ケア支援チームは2005年1月に発し、医師2名（呼吸器外科・精神科）、薬剤師2名、病棟看護師2名（のち4名に増員）で構成され、同年12月より週1回の回診を行っている。患者の疼痛緩和をすすめ安楽な最期を迎えられるようサポートすること、早期の退院及び早期の在宅への移行を支援することを回診の目的にしている。担当看護師・主治医からコンサルテーションの依頼用紙の提出があったがん患者を対象とし、電子カルテ・病棟看護師からの情報収集（薬歴の確認・疼痛評価・問題点の抽出）、患者面接による病状評価・疼痛コントロールの把握を行った。緩和治療へのアドバイス（オピオイド量の調整・変更、補助療法など）に止まらず、退院準備・退院調整に関するアドバイス、当院在宅医療へ移行する患者情報の共有を含む退院前指導を行った。

今年度は在宅緩和医療導入の早期介入の試みとしてパイロット研究と位置づけ、実際に連携するに至

った症例について報告するとともに、より早期からの病診連携のあり方について考察した。

（倫理面への配慮）

個人情報保護の観点から、回診参加時には病院スタッフのみが直接電子カルテを使用し、記載物にはイニシャルと年齢を使用し、院外に情報が漏洩しないよう配慮した。

C. 研究成果

観察期間中に緩和ケア回診で診た患者は86名であった。診療回数は入院期間に応じて1回から25回まで様々で、回診への相談依頼の理由は9割以上が疼痛コントロールであった。回診を通じて紹介をうけ当院の在宅医療へ移行した患者は8名であった。

症例① MT 68歳女性 多発性骨髄腫

現病歴：2004年多発性骨髄腫と診断され化学療法を行うも原病は進行し、2006年には全身骨病変の悪化を認めたため同年11月に入院となる。原病に対する化学療法を行いながら疼痛コントロールが急務の状態であった。回診を重ねることで、塩酸モルヒネ徐放剤の増量や鎮痛補助薬としてカルバマゼピンの処方を追加した。2007年1月中旬より幻覚・幻視・不眠が出現、モルヒネ錠の影響とも考えオピオイドをフェンタニルパッチ2.5mgに変更し、精神科コンサルテーションにより抗精神病薬の投与を開始した。パッチに変更後は疼痛コントロール良好となった。入院時より在宅療養を希望していたが、4月上旬、